様式第1号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 粕屋町障がい者配食サービス事業利用申請書  年　　月　　日  粕屋町長　　　　様  申請者住所　粕屋町    申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）    電話番号  粕屋町障がい者配食サービス事業実施要綱に基づき、配食サービスの利用を下記同意のうえ、申請します。  記  ・利用申請時に必要な調査を受けること。  ・必要な範囲で受託業者等に情報提供すること。  ・いかなる理由であっても、受け取りが出来ず配食を受けることが出来なかった際の料金についても支払うこと。  以上 | | | | |
| サービス利用者 | 氏名 | (　男　・　女　) | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　(　　　　　歳) | | |
| 住所 | 粕屋町  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　　　) | | |
| 家族構成 | 1　独居　　2　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 該当する種別 | 1　重度身体障害者　(身体障害者手帳　　級) | | 番号 |  |
| 2　重度知的障害者　療育手帳　　A | | 番号 |  |
| 3　精神障害者等(精神障害者保健福祉手帳　　級) | | 番号 |  |
| 利用希望の理由 | 1　本人の心身の状況　2　家族の状況　　(病気・その他　　　　　　　　　　　　　　　)  3 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 緊急の連絡先 | 氏名 | (続柄　　　　　　　　　　) | | |
| 住所 | (電話　　―　　　―　　　) | | |
| 希望する曜日 | 昼食 | 月・火・水・木・金・土　・　日 | | |
| 夕食 | 月・火・水・木・金・土　・　日 | | |
| 留守時の弁当の置き場所 | ※緊急時以外は手渡しでの受け取りが必要です。留守が続く場合、配食を辞退していただく場合がございます。 | | | |
| 希望業者 |  | | | |
| 希望食事形態 | 普通食、おかずのみ、減塩食、透析食、きざみ、その他(　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 備考 | ・サービス該当理由等 | | | |
| 自宅付近の地図 | | | | | |
| 調査員の意見  職員名 | | | | | |